



CENTRO DIAGNOSTICO - DELL' I. N. F. P. S. DI NAPOLI

---

C. SALERNI

**CONTRIBUTO CLINICO SULLE BRONCHIETTASIE  
LARVATE O BRONCHIOLITI BRONCHIETTASICHE**

*Estratto da* ANNALI DELL'ISTITUTO « CARLO FORLANINI »  
Anno III, N. 11-12, Pag. 951-960



ROMA  
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA  
*Via Emilio Moroisini, 17*

—  
1939-XVIII



## CONTRIBUTO CLINICO SULLE BRONCHIETTASIE LARVATE O BRONCHIOLITI BRONCHIETTASICHE (1).

Dott. CARMINE SALERNI, Medico primario.

Scopo di questa comunicazione è di richiamare l'attenzione dei colleghi sulla sindrome illustrata per la prima volta da OMODEI-ZORINI al 40° Congresso di Medicina Interna nel 1934, col nome di « bronchiettasie larvate e bronchioliti bronchiettasiche » in contrapposto a tutte le altre forme di bronchiettasie che egli definì « conclamate », preferendo tale suddivisione, eminentemente clinica, a tutte le altre basate su concetti patogenetici e morfologici.

La conoscenza di tale sindrome è specialmente importante ai fini della diagnosi differenziale con alcune forme di tbc. polmonare, in specie con quelle che decorrono con il quadro di una febricola cronica con fenomeni emoftoici ricorrenti (tbc. larvate, forme abortive di BARD); infatti è frequente osservare, nei vari Centri Diagnostici per tbc., ammalati che si lagnano di tali disturbi, senza che si riesca a mettere in evidenza clinicamente e radiologicamente focolai tubercolari attivi nel polmone capaci di determinarli, rimanendo pertanto oscura l'origine delle emoftoi e della febricola. Questi malati, che in genere appaiono molto preoccupati dell'emoftoe e convinti di essere tubercolosi, vengono spesso ricoverati nei sanatori, e ciò rappresenta un danno soprattutto sociale perchè si viene a creare in essi quella tipica « mentalità di tbc. », che è così funesta specie ai fini del loro rendimento lavorativo.

OMODEI ZORINI, basandosi sull'osservazione prolungata di 14 casi, fissò la sintomatologia subiettiva ed obiettiva di tale quadro morboso nei seguenti dati essenziali: si tratta per lo più di soggetti in buone condizioni generali anche in fase avanzata della malattia, con sviluppo somatico regolare, che accusano da anni tosse secca o con scarso espettorato, spesso ematico e non fetido, insorta per lo più dopo una pregressa affezione broncopneumonica e grippale (talvolta pleuritica) che si può far risalire ad una epoca infantile o giovanile. Tali fatti non s'accompagnano di solito a risentimento dello stato generale anche quando intervengono frequenti *poussées* congestizie emoftoiche e bronchitiche (bronchiti recidivanti) o addirittura pneumoniche (polmoniti recidivanti).

Le emottisi, che talora dominano la sintomatologia, sono per lo più di modica entità ma tenaci e prolungate.

La febbre, quando esiste, assume per lo più il tipo di febricola cronica con elevazioni massime vespertine fino a 37° 5 circa. In rari casi si ha il tipo

(1) Comunicazione tenuta alla Seduta del giugno 1939 della Sez. Campana della F.I.N.F. per la lotta contro la tubercolosi.

inverso, con massimi al mattino. Questi ultimi si hanno in genere quando esiste espettorazione più abbondante, con ristagno durante la notte.

In altri casi si ha l'associazione con asma ed enfisema.

All'esame obiettivo generale, nulla che richiami l'idea di bronchiectasie conclamate: non dita ipocratiche, nè cianosi nè dispnea, nè espettorazione abbondante e fetida che sedimenta in tre strati.

A carico del torace, per lo più negative l'ispezione, la palpazione e la percussione. Quest'ultima può dimostrare talora solo una lieve ipofonesi in una o entrambi le basi polmonari con immobilità o ipomobilità attiva inspiratoria del margine polmonare inferiore. Il dato ascoltatorio è invece caratteristico: si ha un reperto fisso e costante, anche a distanza di anni, di rantoli a piccole bolle subcrepitanti in- ed espiratori in una o entrambi le basi polmonari, udibili talvolta a striscia (per due dita circa) lungo tutto il margine inferiore. Il respiro in genere conserva il carattere vescicolare, sebbene un po' aspro, senza assumere mai un carattere cavitario. Tale dato vale a differenziarle da quelle forme di « bronchiectasie emoftoiche secche » descritte da BESANÇON e AZOULAY, sostenute di solito da rilevanti dilatazioni bronchiali non ancora infettate, che danno un reperto acustico cavitario (sebbene privo quasi di rantoli) e che sono perciò da ascrivere alle forme conclamate.

Tale reperto di bronchiolite cronica circoscritta basilare quando persiste a lungo, anche nei periodi di tregua dei processi bronchitici ricorrenti già detti, resistendo tenacemente alla comune terapia anticatarrale e alla climatica, acquista, secondo OMODEI ZORINI, un alto significato diagnostico per le bronchiectasie larvate, tale da permettere un fondato sospetto clinico che va però convalidato dall'esame broncografico (quando è possibile eseguirlo).

OMODEI ZORINI asserisce inoltre che queste bronchiectasie larvate non vanno considerate come un primo stadio delle conclamate, ma come una malattia a sè, sono cioè delle bronchiectasie « in miniatura » come egli le definisce.

#### *Esame radiografico nativo e broncografico.*

Il primo è per lo più negativo. Talvolta si mette in evidenza solo un'accentuazione del disegno bronco vasale nella zona sospetta; mai vere ombre bronchiectasiche (cerchi interferentisi, ombre a grappolo, ecc.) La broncografia invece, quando viene ben eseguita (talora è necessario ripetere più volte l'indagine perchè il Lipiodol arrivi fino ai piccoli bronchi dilatati) dimostra la presenza di modiche dilatazioni cilindriche dei medi e piccoli bronchi, raramente moniliformi o ampollari, circoscritte ad un piccolo distretto bronchiale corrispondente ai sintomi clinici riscontrati. Frequente è la sede retrocardiaca. Talvolta si nota solo una rigidità delle pareti bronchiali, denunciata dal ristagno del Lipiodol anche a distanza di qualche tempo. Altre volte l'indagine è negativa. La broncografia perciò acquista valore assoluto solo se positiva.

La diagnosi differenziale va posta:

1) Con la « bronchite superficiale tbc. ». La distinzione si può fare agevolmente oltre che per la sede anomala dell'infezione Kochiana (base polmonare) e per la negatività dell'espettorato anche con la prova biologica e culturale, per il decorso evolutivo di questa malattia e l'immane insorgenza di focolai alveolitici e broncopneumonici specifici.

2) Con le forme di *tbc. abortiva di Bard*, che hanno pure un decorso controdistinto da emoftoi recidivanti. La distinzione è più difficile perchè la sintomatologia e il decorso di queste forme è del tutto identica a quella delle bronchioliti bronchiectasiche. In tali casi è il criterio della sede (per lo

più nella tbc. abortiva sono colpiti gli apici), le prove biologiche e culturali e l'esame broncografico che guidano alla giusta diagnosi. Però, come ha osservato OMODEI ZORINI, le due alterazioni possono coesistere nello stesso individuo complicando il quadro morboso e quindi la diagnosi.

3) *Pleuriti secche e cortico-pleuriti circoscritte basilari*, mancano per lo più in tali casi gli episodi emoftoici e la caratteristica fissità dei rantolini basilari. Esistono inoltre gli sfregamenti pleurici e non manca mai il «dolore puntorio» che nelle pleuriti è importante.

4) *Stasi polmonare e atelettasie polmonari*. I rantoli da stasi o da atelettasia si differenziano per la loro variabilità nelle diverse ore della giornata e in rapporto a profonde inspirazioni, ai cardiocinetici, ecc. Vi è inoltre la constatazione del vizio cariacco. I rantoli poi hanno per lo più il carattere di «rantoli crepitanti» udibili solo alla fine della inspirazione simili a quelli del l'inizio della polmonite (crepitatio indux).

5) *Bronchiti emorragiche da broncospirochetosi e micosi polmonare*. Predominante il reperto batterioscopico dell'espettorato poichè la diagnosi di queste affezioni è fondata essenzialmente sulla dimostrazione microscopica delle spirochete e dei miceti. I sintomi fisici sono inoltre, in queste malattie, più diffusi e localizzati per lo più alle parti alte dei polmoni.

6) *Bronchite sifilitica*. Dà raramente emottisi. Vale il criterio della Wassermann e della terapia *ex-juvantibus*.

7) *Asma ed enfisema polmonare*. Queste due malattie possono essere associate a bronchiettasie larvate e mascherarne la sindrome clinica poichè il reperto ascoltorio caratteristico è sopraffatto dai rumori bronchiali secchi diffusi e dal respiro stenotico. L'osservazione ripetuta degli ammalati può però in tali casi svelare, nelle fasi di tregua del processo bronchitico diffuso, la persistenza dei caratteristici rantolini basilari che, a differenza degli altri rumori bronchiali, rimangono immutati.

*Prognosi.* — La prognosi sia «quo ad vitam» che «quo ad valetudinem» è in genere, in questi pazienti, buona. Si è già detto che lo stato generale si mantiene a lungo buono e che la capacità lavorativa non appare ridotta. Nessuna ripercussione si ha sullo stato funzionale respiratorio e cardiocircolatorio. Anche le emottisi, che spaventano tanto questi infermi, non devono destare preoccupazioni perchè si tratta di piccole manifestazioni emoftoiche che non hanno alcuna influenza sulle condizioni generali e locali.

Sono da temere solo le complicazioni, in specie le polmoniti recidivanti. Rarissime le formazioni di ascessi. Mai notata l'evoluzione verso la «tisi bronchiettasica» come invece avviene frequentemente nelle forme conclamate diffuse.

*Terapia.* — Queste forme non hanno bisogno di una speciale terapia. Controindicati gli interventi chirurgici veri e propri sia perchè il carattere relativamente benigno non giustifica il rischio operativo, specie della chirurgia demolitrice, e sia perchè agli eventuali buoni risultati locali che si potrebbero ottenere contrastano le retrazioni toraciche, le fistole bronchiali, ecc. (spesso consecutive a tale intervento) che diminuiscono la capacità lavorativa che prima era conservata in questi soggetti. L'unica indicazione del pnx. terapeutico è data dalle forme emoftoiche con emottisi abbondanti e ripetute. In tale caso è l'azione emostatica del pnx. che si sfrutta, spesso con buoni risultati.

Circa la climatoterapia, è indicata l'alta montagna nelle forme catarrali non emoftoiche. Nelle forme associate ad enfisema è più consigliabile il clima marino mediterraneo. Per lo più però questi malati non hanno bisogno di una terapia climatica. È sufficiente una semplice terapia sintomatica anticatarrale.

e, nelle forme non emoftoiche, la cura iodica. Bisogna notare però, come si è detto precedentemente, che anche dopo prolungata cura balsamica e antitarrale, i rantolini non si modificano, mentre invece si modificano i fatti bronchiali diffusi quando coesistono.

Dal punto di vista profilattico non s'insisterà mai abbastanza sul valore di una cura razionale delle malattie infettive, specie nell'infanzia, che come si sa giocano un ruolo tanto importante nella genesi di questa malattia. È soprattutto indispensabile sorvegliare la convalescenza nelle malattie dell'apparato respiratorio ed impedire, nei limiti del possibile, che il lavoratore ritorni subito alle proprie occupazioni, in un periodo cioè in cui, pur essendo la malattia esaurita, perdura l'azione nociva del fattore tossi-infettivo. FORLANINI in un'altra malattia affine, l'enfisema, aveva chiaramente dimostrato l'importanza patogenetica del fattore traumatico (colpi di tosse, sforzi, ecc.), sulla fibra elastica lesa.

Da questi concetti scaturisce anche il grande valore sociale dei convalescenti per lavoratori, che l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ha istituito a scopo di prevenzione della invalidità.

#### *Rilievi clinici tratti dalla casistica.*

Dopo la comunicazione di OMODEI ZORINI del 1934, sono stati pubblicati altri casi di bronchiectasie larvate, complessivamente però in numero piuttosto esiguo, dato che questa sindrome non è ancora molto conosciuta. Lo stesso A. ne ha pubblicati altri 3 nel 1935. Nel 1936: 9 casi da L'ELTORE, uno da CULLOTTA e tre da CORBIA. Nel 1938, tre da SCARINGI. Nel 1939, 10 da BROVELLI e PERSI. Le conclusioni di questi AA. concordano perfettamente con quelle di OMODEI ZORINI (importanza del fattore tossi-infettivo determinante, costituito per lo più da pregresse affezioni bronco-pneumoniche e pleuritiche; sintomatologia cronica frequentemente pseudotubercolare; piccoli emoftoi frequenti; tipico reperto ascoltatorio, ecc.).

La nostra casistica è di 18 ammalati, visitati presso il Centro Diagnostico antitubercolare della Previdenza Sociale di Napoli. Solo in due casi finora è stato possibile eseguire la broncografia, perchè, pur essendo tale intervento ben tollerato, si è incontrata qualche difficoltà ad attuarlo ambulatoriamente. Però in tutti i casi, sia dall'anamnesi che dalla sintomatologia subiettiva e obiettiva e dal decorso, spicca chiaramente la perfetta identità col quadro descritto da OMODEI-ZORINI. Prima di illustrare qualcuno dei casi più tipici, riassumerò brevemente i fatti più salienti che scaturiscono dall'insieme della casistica:

- 1) Notevole frequenza nell'anamnesi di un pregresso processo acuto o subacuto broncopneumonico e pneumonico (12 casi), meno di pleurite (3). In altri 3 casi non risulta chiaramente la malattia che ha determinato la sindrome morbosa.
- 2) Stato generale abbastanza buono in quasi tutti i soggetti, e che si mantiene tale anche a distanza di tempo.
- 3) Discreta frequenza delle emoftoi (8 casi). In genere si tratta di piccoli fenomeni emoftoici per lo più ricorrenti che non si accompagnano a febbre nè incidono sullo stato generale e locale.
- 4) Bronchiti recidivanti in 6 casi e in 2 associazione con asma ed enfisema.
- 5) In un solo caso coesistenza di focolai tubercolari apicali in forma inattiva.

6) Febbricola cronica in 6 casi. In 7 a tipo vespertino, monotoma, ostinata, senza risentimento notevole dello stato generale. In uno a tipo inverso.

7) In tutti i casi (meno in uno in cui si ascoltava solo un cigolio sonoro fisso basilare) presenza del tipico reperto ascoltorio di bronchiolite circoscritta con la caratteristica fissità anche a distanza di anni; udibile da solo o associato a rumori bronchiali diffusi (casi di bronchiti recidivanti o di coesistenza di uno stato asmatico ed enfisematico). Non si è rilevata mai una sindrome cavitaria.

8) Reperto pressochè negativo dell'esame radiografico nativo.

9) Esame broncografico: nei due casi eseguiti, questo ha dimostrato chiaramente le piccole dilatazioni cilindriche dei medi e piccoli bronchi.

10) Espettorato sempre negativo per il b. di Koch in ripetuti esami.

11) Circa la sede: 7 lobo inferiore D.; 5 inferiore destro; 5 bilaterali; uno lobo medio.

#### *Illustrazione di alcuni casi clinici.*

*Caso I.* — A. C. di a. 47, manovale (in prededenza ha esercitato il mestiere di carbonaio), da Ponticelli (c. c. n. 3874).

Un fratello morto a 26 a. per tbc. polmonare. Una sorella vivente è affetta da tbc. polmonare. A 2 a. ebbe tifo e a 4 morbillo e pertosse. Coniugato a 30 a. con una donna morta dopo 16 a. di matrimonio di affezione cardiaca, che aveva avuto due aborti e 5 gravidanze a termine. Dei figli uno morto a 8 a. per meningite. 6 anni fa ebbe bronco-polmonite bilaterale cui residuò tosse ed espettorato piuttosto abbondante. Due mesi fa riacutizzazione di fatti catarrali con febbre fino a 38° durata circa 15 giorni, dolore alla spalla D., sputi striati di sangue.

Accusa modico dolore alla spalla D., tosse con espettorato in discreta quantità, dispnea da sforzo, astenia.

L'ammalato viene visitato una prima volta nel novembre 1937 riscontrandosi quanto segue: individuo di costituzione regolare in discrete condizioni generali. Altezza 1,62. Peso 52,200. Temperatura 36,2. Per. toracico 91/89. App. respiratorio: Torace a botte con ipomobilità totale, specie a destra. Campi apicali ristretti. Modica ipofonesi sul 3° superiore di destra. Murmure vescicolare indebolito su tutto l'ambito, a carattere bronco-vescicolare in sopra e sottoclaveare di destra, senza rumori aggiunti in tale zona, mentre alla base, sia posteriormente che anteriormente si ascoltano gruppi di rantoli s. crep. Nulla di notevole a carico degli altri organi e apparati. Espettorato Koch negativo. Esame radiografico: velatura dell'apice D. con presenza di qualche micronodulo intensamente opaco esteso anche alla regione sub-apicale. Alla base corrispondente accentuazione del disegno bronco vasale con strie opache variamente interferentisi e qualche micronodulo. Seno costio-diaframmatico parzialmente obliterato. A S. qualche micronodulo sull'apice e strie fibrose intercleido ilari. Formulata diagnosi di tbc. fibronodulare biapicale l'ammalato viene proposto per il ricovero in sanatorio.

Ricoverato una prima volta al Sanatorio di S. Severino Rota, viene poi trasferito al Sanatorio L. Armanni, donde fu dimesso, perchè non riconosciuto affetto da tbc. in atto. La ricerca del b. di Koch è risultata, durante la degenza, sempre negativa per il b. di Koch anche con arricchimento. Rivisitato al Centro Diagnostico il 21 febbraio 1939 (accusava i soliti disturbi), si è notato: condizioni generali invariate. Temp. 36,8, peso 54. Al torace: asprezza di respiro su tutto l'ambito, specie alla base di destra ove si ascoltano sempre rantoli a piccole bolle, subcrepitanti, lungo tutto il margine polmonare inferiore. Nulla di notevole agli apici. Una nuova radiografia mostra un reperto pressochè identico al precedente, con maggiore evidenza delle travate alla base di de-

stra. Viene posta diagnosi di *bronchiolite bronchiolite basilare di destra. Sclerosi apicale destra.*

Rivisitato in aprile 1939, si è notato la persistenza del caratteristico reperto ascoltorio alla base di D., per cui viene confermata la diagnosi suddetta.

*Caso VI.* — G. G. di a. 43, operaio da Napoli (c. c. 5358).

Nulla di notevole nel gentilizio. Nella prima infanzia morbillo. A 8 a. tifo.

Circa tre mesi fa (febbraio 1939) l'a., trovandosi ricoverato in una clinica per essere sottoposto ad un'operazione di emorroidi, ha avuto un'affezione respiratoria acuta (bronicopolmonite) con febbre alta a tipo continuo-remittente, tosse secca, dolore all'emitto-  
race S. L'8 marzo venne dimesso dall'Istituto di cura non completamente guarito (persistenza della febbre, ridotta a pochi decimi nelle ore vespertine, dolori all'emitto-  
race S.; tosse prevalentemente secca, modica astenia, mai emofoe). In tali condizioni si presenta a visita nel maggio u. s. E. O.: soggetto di costituzione regolare in buono stato di nutrizione e sanguificazione. Altezza 1,68. Peso 63. Temp. 37,3. P. t. 91/89. Al torace: lieve riduzione di suono sull'emitto-  
race S., specie alla base con ipomobilità del margine polmonare inferiore. All'ascoltazione, respiro granulare a S., specie alla base, accompagnato da fini rantoli subcrepitanti udibili lungo tutto il margine inferiore sia anteriormente che posteriormente. Nulla di notevole a carico degli altri organi e apparati. Esame radiografico: accentuazione del disegno bronco basale su tutto l'ambito specie alle basi, ove si notano strie fibrose e qualche micronodulo. Tali fatti sono più evidenti a sinistra.

Ricoverato in osservazione al Sanatorio L. Armani, viene eseguita l'indagine broncografica che dimostra le piccole caratteristiche dilatazioni cilindriche alla base di S. confermando così la diagnosi clinica di bronchiolite larvate basilari di sinistra.

*Caso VII.* — D. C. G. di a. 43 da Presenzano, contadino (c. c. n. 4874).

Nulla di notevole nel gentilizio. Da bambino morbillo ed affezione acuta dell'apparato respiratorio. Prestò serv. militare durante la grande guerra. In quell'epoca contrasse malaria durata per molto tempo.

Da vari anni accusa tosse con espettorato che si accentua nei mesi freddi. In settembre 1937 ha avuto riacutizzazione dei fatti catarrali con movimento febbrile continuo-remittente con massimi a volte di mattina a volte di sera, talvolta sputi ematici. L'a. asserisce di aver avuto anche, di rado, attacchi asmatici, insorti improvvisamente senza causa apprezzabile. In novembre 1937 fu ricoverato in Sanatorio ove rimase 5 mesi degente, praticando cure generali. Viene a visita il 31 ottobre 1938: soggetto di costituzione robusta in buono stato di nutrizione e sanguificazione. Altezza 1,72. Peso 64. Temp. 37,3. Torace a botte scarsamente mobile. Suono quasi scatolare su tutto l'ambito con margini polmonari inferiori abbassati ed ipomobili. All'ascoltazione respiro a tipo stenotico accompagnato da ronchi e sibili e, alla base di sinistra, da rantoli a piccole bolle sonori, poco modificabili con la tosse. Esame radiografico: spiccata accentuazione della trama polmonare con numerose travate fibrose a partenza ilare, più numerose e variamente interferenti alle basi (specie a sinistra) ove si notano anche rari micronoduli. L'a. viene assunto in sorveglianza dispensariale fino all'aprile 1939, riscontrandosi sempre il reperto ascoltorio già descritto, con condizioni generali invariate. L'espettorato sempre negativo per il b. di Koch. Ricoverato in osservazione all'Armani viene praticata la broncografia che dimostra numerose dilatazioni cilindriche dei medi e piccoli bronchi alle due basi, specie a sinistra.

Diagnosi: *bronchiolite larvate bilaterali, prevalenti a sinistra, con bronchite cronica asmatica.*

*Caso XII.* — (n. 1221) V. I. di anni 45 da Bagni di Casciano, casalinga.

Una cognata e il suocero, che avevano convissuto con la paz., sono morti di tbc. polmonare. A 17 a. ebbe bronchite capillare che durò un mese circa con febbre alta ed

espettorato molto abbondante, senza emoftoe. Nel 1917 improvvisa emottisi in piccola quantità non più ripetutasi in seguito. Nel marzo 21 polmonite franca a sinistra. Nell'ottobre 21, durante la stagione invernale, stato asmatico permanente senza classici accessi, che si rinnovò nell'inverno successivo, associato ogni tanto a modica emottisi afebrile. Dopo gli anni 24, 25, lo stato asmatico si è molto attenuato, mentre le emottisi si sono sempre ripetute senza cause occasionali apparenti e nel 35 se ne è avuta una forte, con emissione di sangue rutillante ed elevazione febbrile per 3-4 giorni.

Viene a visita il 21 novembre 1936: soggetto di costituzione regolare in buono stato di nutrizione e sanguificazione. Al torace, apici normali, basi abbassate ma nettamente mobili sia nella inspirazione che nella espirazione. Mormorio vescicolare indebolito a destra e accompagnato nel 4° spazio, sull'emiclaveare, da un gruppo di rantoli a piccole e medie bolle, leggermente consonanti, non modificabili con i colpi di tosse. Nulla sul rimanente campo polmonare. Idem a carico degli altri organi e apparati. Esame radiografico: qualche calcificazione all'ilo destro. Piccolo focolaio rotondo pure calcificato, in sottoclaveare di destra (focolaio di Küss). Accentuazione della trama polmonare alla base di destra. Espettorato: Koch negativo.

Diagnosi clinica: *bronchiectasie larvate del lobo medio di destra a sintomatologia emoftoica e asmatica.*

*Caso XVII.* — G. O. di a. 38, da Montefredine, cameriera (c. c. 3070).

Nulla di notevole nel gentilizio. A 8-9 a. morbilli. A 18 a. febbre tifoide e nefrite. A 36 a. fu operata di ernia inguinale destra. Lo scorso anno di appendicectomia prima e dopo qualche mese di colicistectomia. Da circa 3 anni accusa febbricola serotina (37,2-37,5), astenia scarsissima tosse senza espettorato, qualche dolore alla spalla S. 15 mesi fa venne ricoverata all'ospedale Incurabili perchè sembra che fosse riconosciuta affetta da tubercolosi, e fu dimessa dopo alcuni mesi per guarigione clinica. Viene a visita il 25 gennaio 1937 accusando gli stessi disturbi, in specie la febbricola persistente. E.O.: soggetto di costituzione regolare in buono stato di nutrizione e di sanguificazione. Altezza 1,50. Peso 50,800. Temperatura 36,9. Al torace: ipomobilità della base S. Respiro vescicolare su tutto l'ambito con qualche raro rantolo sottocrepitante alla base di S. All'addome: cicatrice laparatomica a destra da pregressi interventi di appendicectomia e colicistectomia. L'a. accusa inoltre turbe gastriche e dolore alla regione addominale di destra, in corrispondenza dell'ipocondria di D. suscita lieve dolore. Esame radiografico: nulla di notevole salvo qualche ispessimento pleurico alla base di S. con parziale oblitterazione del seno costo-diaframmatico.

Rivisitata il 25 luglio 1938: persistenza della febbricola, condizioni generali e locali invariate.

Nuova visita il 7 giugno 1939: lo stato subiettivo è invariato. La febbricola persiste imperterrita con gli stessi caratteri (elevazioni termiche vespertine fino a un massimo di 37,6). Tale temperatura diminuisce durante i flussi mestruali, che sono regolari per ritmo e durata, ma non scompare mai. Oltre a ciò persiste anche l'astenia con scarsa tosse senza espettorato. L'a. accusa inoltre turbe gastriche e dolore alla regione addominale di destra, in corrispondenza dei campi operatori. All'esame obiettivo si nota: apici normali. All'ascoltazione, in corrispondenza della base S., posteriormente (sulla paravertebrale) si ode un gruppo di fini rantoli a piccole bolle, tutti uguali, inspiratori, non modificabili con la tosse. Null'altro di notevole. Un nuovo esame radiografico risulta identico ai precedenti.

Diagnosi clinica: *bronchiectasie larvate basilari di S. a sintomatologia pseudo-tubercolare (febbricola cronica). Progressi interventi operatori per appendicite, colecistite ed ernia inguinale destra.*

*Caso XVIII.* — S. A. di a. 42 da Torre Annunziata, operaia (c. c. 5147).

Padre morto a 63 a. in seguito ad affezione dello apparato respiratorio durata circa un anno. Da bambina ha avuto un'affezione broncopneumonica a sinistra, nonchè mor-

billo e pertosse. Nel febbraio 38 affezione febbrile a tipo grippale durata una settimana circa a cui residuò piccolo rialzo febbrile a tipo vespertino, spesso preceduto da freddo e accompagnato da dolori all'emitorace S., tosse senza espettorato, astenia, dispnea da sforzo. Talvolta piccoli sputi striati di sangue. Viene a visita il 20 febbraio 1939 accusando i disturbi suddetti. E. O.: costituzione normotipo. Pannicolo adiposo abbastanza rilevante. Colorito del volto roseo. Altezza 1,60. Peso 58,100. Temp. 37,2. Al torace: modica cifoscoliosi convessa a destra. Spalla D. abbassata. Suono di percussione chiaro su tutto l'ambito. Basi ipomobili. All'ascoltazione si ha il caratteristico reperto, alla base di D. di un gruppo di rantoli a medie bolle, non sonori, tutti uguali, che si estendono a fascia lungo il margine postero-inferiore. Anteriormente il reperto steto-acustico è normale. Nulla di notevole a carico degli altri organi e apparati. La radiografia del torace dimostra un reperto pressochè normale.

L'a. viene assunta in sorveglianza dispensaziale e seguita, con visite periodiche, fino al maggio u. s. Le condizioni generali si sono mantenute invariate. La febbre persiste. A carico del torace fissità del reperto ascoltorio precedentemente descritto.

Diagnosi clinica: *bronchiettasie larvate basilari di destra, a sintomatologia pseudo-tuberculare (febricola cronica).*

A conclusione di questa breve rassegna clinica, riteniamo di poter affermare che tale sindrome larvata bronchiettasica si riscontra con una certa frequenza e che la diagnosi, quando si ha l'opportunità di visitare più volte l'ammalato, riscontrando sempre il tipico reperto ascoltorio, ecc., si può formulare clinicamente e sostenerla anche quando manca il controllo bronco-grafico, il quale, tuttavia, conserva sempre il suo valore. Bisogna tener presente, però, che anche una broncografia negativa, quando esistono i segni clinici suddetti, non ci autorizza ad escludere l'esistenza di questa malattia.

## RIASSUNTO

L'A. illustra 18 casi di bronchiettasie larvate o bronchioliti bronchiettasiche, sindrome descritta per la prima volta da OMODEI ZORINI (al 40° Congresso di Medicina Interna) come entità morbosa a sè, ben distinta dalle comuni « bronchiettasie conclamate » e dalle così dette « bronchiettasie emoftoiche secche ». In accordo con tale A., insiste sul valore diagnostico della sintomatologia obiettiva (fini rantoli sub-crepitanti basilari, fissi, anche a distanza di tempo e non modificabili con la comune terapia anticatarrale e climatica) del decorso (contrassegnato da frequenti piccole emoftoi, bronchiti recidivanti e spesso da febbre cronica, che non incidono sullo stato generale) e dall'indagine broncografica che però ha valore assoluto solo se positiva data la difficoltà di riuscire ad iniettare i piccoli bronchi dilatati.

## RÉSUMÉ

L'A. illustre 18 cas de bronchiétasies larvées où bronchiolites bronchiétasiques, syndrome décrite pour la première fois par Omodei Zorini (40<sup>ème</sup> congrès de Médecine Interne) comme entité morbide à soi bien distincte des communes « bronchiétasies conclamées ».

D'accord avec cet Auteur il insiste sur la valeur diagnostique de la symptomatologie objective (râles fins, sous-crepitans basilaïres, fixes, même à distance de temps et non modifiables par l'habituelle thérapie anti-catharale

et climatique) du décours (marqué par de fréquents petites hemophtoides, bronchites récidivantes et souvent par de petites fièvres croniques sans effets) et par la recherche broncho-graphique qui toute fois a valeur absolue seulement si positives étant donné la difficulté de réussir à injecter les petites bronches dilatées.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Verf. beschreibt 18 Fälle Tedesco mit verummten Bronchiectasien oder bronchiectasischer Bronchiolitis, ein Syndrom, das zuerst von Omodei-Zorini (am 40<sup>o</sup> Kongress für Innere Medizin) als selbstständige krankhafte Form beschrieben wurde und sich wesentlich von den gewöhnlichen ausgesprochenen Bronchiectasien und von den sogenannten « trockenen Bronchiectasien » unterscheidet. In Übereinstimmung mit diesem Verf., hebt er den diagnostischen Wert der objektiven Symptomatologie (feine basiläre Rasselgeräusche konstant auch nach in Entfernung eines gewissen Zeitabschnittes und durch die allgemeine antikatarrhale und klimatische Therapie nicht beeinflussbar) des Verlaufes hervor (gekennzeichnet durch häufige Hämoptoen, rezidivierende Bronchitiden und öfters durch chronische Fieberhafte Zustände die auf das Allgemeinbefinden nicht einwirken) sowie die broncographische Untersuchung die jedoch blos im positiven Falle Wert besitzt indem die Einspritzung der kleinen ausgedehnten Bronchien mit Schwierigkeiten verbunden ist.

#### SUMMARY

The writer illustrates 18 cases of hidden Bronchiectasis or Bronchiectatic bronchiolites, which was described first time by Prof. Omodei-Zorini, at the 40th Congress of Internal Medicine, as a clinical entity very distinct from common "Bronchiectasis conclamated", or from what is called "Dry Haemoptytic Bronchiectasis". In agreement with the above author the insists on the diagnostic value of the objective symptomatology (Fine subcrepitan Ralés at the base which are fixed and are not modifiable by the general therapy or Climate) of past (Associated by frequent small haemoptysis, relapsing Bronchitis and often chronic light fever which do not affect much on the general health) and by Radiographie investigation which has real value if the data of difficulty in injecting small dilated bronchi is positive.

#### RESUMEN

El autor ilustra 18 casos de bronquiectasia larvada o bronquielite bronquiectasica, síndrome descrito por primera vez por Omodei-Zorini (al 40 Congreso de Medicina Interna, como entidad morbosa a sí, diferente de las comunes « bronquiectasias conclamadas » - y de las llamadas bronquiectasias secas. De acuerdo con Omodei-Zorini, el autor insiste sobre el valor diagnóstico de la Sintomatología objetiva (estertores finos, sub-crepitante basilar, fejos que se sembran i mismo a distancia de tiempo y que no se modifican con la comun terapeutica anticatarral y climatica) del decurso (frecuente emoptosis de pequena intersidea, bronquitis recidivante y frecuentemente febricola cronica que no influyen sobre el estado general) y de la investigación bronco grafica que tiene valor absoluto sula prente si a positiva anda la dificultad de inyectar los pequena bronque dilatados.

## BIBLIOGRAFIA

- BROVELLI e PERSI. — Su 10 casi di bronchioliti bronchiettasiche. « Arch. Ital. per le Malattie della trachea bronchi-esofago », aprile-giugno 1939.
- CORBIA. — Contributo allo studio delle bronchiettasie larvate. « Studi Sassaresi », 1936, fasc. 4°.
- GULLOTTA. — Sindrome clinica dell'Omodei Zorini nelle bronchiettasie. « Rinnov. Med. », 1936.
- L'ELTORE. — Contributo clinico allo studio delle bronchioliti bronchiettasiche. « Lotta contro la tbc. », 1936, n. 6.
- OMODEI ZORINI. — Le bronchiettasie (Relaz. al XI Congresso della S. Ital. Med. Interna), Ed. Pozzi, Roma, 1934.
- OMODEI ZORINI. — Su una particolare sindrome clinica: Le bronchioliti bronchiettasiche. « Le Forze Sanitarie », 1935, n. 18.
- OMODEI ZORINI. — Le « Sindromi pseudotubercolari » nel Trattato di Tisiologia del Wassermann.
- SCARINGI C. — Contributo clinico radiologico allo studio delle bronchioliti bronchiettasiche. « Radiol. Medica », 1938, fasc. VII.
- VALLEBONA A. — Le bronchiettasie. Relaz. radiol. al XI Congr. della S. I. M. I., 1934.

58771

~~334702~~





